



Kols og angst

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere kolspasientens
opplevelse av angst grunnet dyspné?

Kandidatnummer: 1011

VID vitenskapelige høyskole

Diakonhjemmet Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK15

Antall ord: 10521

22.03.2018

*“The windows and doors would be open but no air is getting in.
It’s like the walls are closing in and the closer they get
the less you can breathe.
It’s like it’s closing in.
And that’s how it starts” (Willgoss m.fl.,2012).*

Sammendrag

- **Tema:** Kols, angst og dyspné
- **Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere kolspasientens opplevelse av angst grunnet dyspné?
- **Metode:** I denne bacheloroppgaven er det benyttet litteraturstudie som metode. Det er brukt både selvvalgt- og pensumlitteratur, samt fag- og forskningsartikler. Det vil også komme frem egne erfaringer.
- **Drøfting:** Drøftingen vil fokusere på hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten å redusere angst gjennom kunnskap, trygghet, relasjon og omgivelser. Tilnæringsmåter og tiltak blir drøftet med litteratur og forskning som baserer seg både fra et pasient- og sykepleiersperspektiv. Travelbees menneske-til-menneske forhold, og Kari Martinsens omsorgsteori vil suppleres til dette. Egne erfaringer og tanker vil også trekkes inn underveis.
- **Konklusjon/oppsummering:** Det fremkommer i oppgaven at det ikke er noe fasit svar på hva som reduserer angst. Likevel kan sykepleier gjennom kunnskap, relasjon og gode omgivelser ha et godt utgangspunkt for å fremme trygghet og tillit hos pasienten, noe som igjen kan redusere deres angst.

Summary

- **Theme:** COPD, anxiety and dyspnea
- **Topic:** How can a nurse help reduce the COPD-patient's experience of anxiety due to dyspnoea?
- **Method:** In this bachelor, literature study has been used as a method. Both self-elected and curriculum literature, as well as subject and research articles have been used. I will also come up with own experiences.
- **Discussion:** The discussion will focus on how nurses can help the patient reduce anxiety through knowledge, safety, relationships and surroundings. Approaches and measures are discussed on both a patient and nursing perspective. Travelbee's human-to-human relationship, and Kari Martinsen's care theory will also be included. My own experiences will also be discussed.
- **Conclusion / Summary:**
It appears that there is no correct answer to what reduces anxiety. Nevertheless, nurses can use knowledge, relationships and good environments as a good starting point for promoting patients confidence, which in turn can reduce their anxiety.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Summary.....	4
1. Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	7
1.4 Oppgavens avgrensning.....	7
1.5 Begrepsavklaring.....	8
2. Metode	9
2.1 Litteraturstudie som metode	9
2.2 Søkestrategi	9
2.3 Mine valg av kilder	11
2.4 Kildekritikk	13
3. Teori	14
3.1 Kols.....	14
3.1.1 Stadieinndeling av kols.....	14
3.1.2 Symptomer	15
3.1.3 Kronisk bronkitt	15
3.1.4 Emfysem	16
3.1.5 Dyspné	16
3.2 Å leve med kronisk sykdom	17
3.3 Sammenheng mellom angst og dyspné	18
3.3.1 Angst hos pasienter med kols.....	18
3.3.2 Dyspné – angst - dyspné sirkelen.....	19
3.3.3 HAD – Hospital anxiety and depression scale	20
3.3.4 Omgivelser rundt den angstpregede kolspasienten	20
3.4 Et sykepleieperspektiv	21
3.4.1 Relasjonsperspektivet.....	21
3.4.2 Menneske-til-menneske-forholdet.....	22
4. Drøfting	25
4.1 Viktigheten av kunnskap hos sykepleier	25
4.2 Forståelse av pasientens sykdomsbilde.....	28
4.1.1 Angst og dyspné i en sammenheng.....	28
4.2.2 Kronisk sykdom	30
4.3 Den trygghetsskapende relasjonen	31
4.3.1 Relasjonsbegrepet i lys av Kari Martinsens teori	31
4.3.2 Menneske-til-menneske forholdet	32
4.3.3 Fremme trygghet til den angstpregede pasienten	33
4.4 Trygghetsskapende omgivelser.....	35
5. Konklusjon	37
6. Kilder.....	38

1. Innledning

I Norge antas det at hele 250 000- 300 000 personer har kols, og sykdommen er den raskest økende i verden. Innen 2020 viser beregninger at kols vil være på tredje plass av dødsårsaker internasjonalt (Folkehelseinstituttet, 2018). Hver femte eldre nordmann lider av kols, og kols kan dermed kalles en folkesykdom (Hjalmarsen, 2012).

Å leve med kols gir mange plagsomme symptomer, der både angst og dyspné er en av de vanligste. (Giæver, 2015). Likevel opplever jeg at det er lite kunnskap rundt symptom som angst hos kolspasienter. Jeg ønsker derfor i denne oppgaven fokusere på sammenhengen mellom kols og angst grunnet dyspné.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Grunnen til at jeg valgte kols som tema er at jeg selv har møtt denne pasientgruppen i mange av mine praksiser, både på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleie. Her så jeg at denne sykdommen medførte meget plagsomme symptomer for pasientene, og at mange hadde betydelig redusert livskvalitet relatert til sin sykdom. I praksis på sykehus husker jeg spesielt en mann som hadde kols i siste stadium, og det gjorde et sterkt inntrykk på meg å se hvor lite aktivitet eller bevegelse som skulle til før han slet med utmattelse og dyspné. Bare en liten tur ut for å sitte i sola var en stor utfordring for denne pasienten. Videre fortalte pasienten om en konstant frykt for å ikke få puste og følelsen av å ikke få nok luft. Han beskrev det som å puste gjennom et sugerør, og følelsen av å ikke få puste tilstrekkelig var sterkt angstfremkallende. Dette fikk meg til å bli nysgjerrig på denne pasientgruppen, og sammenhengen mellom angst, dyspné og kols.

Det var tydelig i møte med kolspasienter i praksis at angst var et hyppig forekommende symptom hos pasienter med kols. Ikke minst virket angst som et veldig belastende symptom både for pasienten og pårørende. I følge forskning er opplevelsen av dyspné komplekst sammensatt av flere faktorer som påvirker hverandre. Dyspné påvirker både det somatiske, følelser og tanker, og flere kolspasienter bekrefter at de har hatt dødsangstopplevelser (Christiansen & Fredriksen, 2010). Jeg tror derfor det er viktig at jeg som snart ferdig sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om denne sykdommen, slik at jeg kan bidra til å hjelpe disse pasientene til å mestre sin sykdom bedre. På bakgrunn av dette har jeg valgt temaet angst hos kolspasienter.

1.2 Problemstilling

Jeg ønsker i denne oppgaven å gå nærmere inn på angstproblematikk knyttet til dyspné hos kolspasienter, og har derfor utviklet følgende problemstilling for det videre arbeidet: Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere kolspasientens opplevelse av angst grunnet dyspné?

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Kols er en meget aktuell og relevant sykdom, da den er i stadig vekst. Hver fjerde pasient på medisinske avdelinger har en lungesykdom (Hjalmarsen, 2012), og det vil derfor være stor sannsynlighet for at man som sykepleiere kommer i møte med disse pasientene.

Jeg opplever også kolspasientene som en litt ”glemt” sykdomsgruppe som helsepersonell har for lite kunnskap om. Det nevnes også i forskning at sykepleiere mente pasientgruppen blir underprioritert i forhold til andre pasientgrupper som for eksempel kreftpasienter (Andersen, Ytrehus, Grov, 2011, s. 52). For å lindre symptomer som angst, og å trygge pasienten, vil det trolig være av høy sykepleiefaglig relevans å ha tilstrekkelig kunnskap om kols og kolspasienter. Det vil også være relevant å ha kunnskap om hva sykepleieren kan gjøre for pasienten som opplever angst grunnet dyspné. Oppgavens hensikt vil være å lære mer om denne pasientgruppen og hva jeg som fremtidig sykepleier kan gjøre for å trygge og redusere forekomsten av angst hos kolspasienter.

1.4 Oppgavens avgrensning

For å avgrense min oppgave, og gjøre den mer presis, velger jeg å fokusere på kolspasienter som befinner seg på sykehus. I oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i at pasienten er i sykdomsstadium 3 eller 4 da symptomene vil være progredierende, og forverring av symptomer ofte vil sees i disse to siste stadiene. Dette vil igjen være en årsak til sykehusinnleggelse ved for eksempel en akutt forverring, der angst vil kunne være en stor del av ubehaget for pasienten (Mjell, 2015).

Jeg velger å fokusere på pasienter uavhengig av kjønn, da sykdommen rammer både menn og kvinner. Dette bekreftes i statistikk som viser at det ikke store kjønnsforskjeller av andel kolsrammede i den norske befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2018). Jeg ønsker også å

avgrense min oppgave til å omhandle pasienter over 65 år da forekomsten av kols tiltar ved økende alder (Mjell, 2015, s.231).

Hovedfokuset i oppgaven er på kolspasienter som opplever angst. Angst er et omfattende og stort tema, derfor avgrenses oppgaven til angst relatert til dyspné som er et av sykdommens hovedsymptom. Det skal også nevnes at depresjon ansees som en annen vanlig komplikasjon av kols (Mjell, 2015, s.234), og at det er en nær sammenheng mellom angst og depresjon (Hummelvoll, 2012). Likevel har jeg valgt å ikke fokusere på depresjon i denne oppgaven, grunnet oppgavens begrensede omfang.

Pårørendes rolle vil ikke bli vektlagt i oppgaven, selv om pårørende er en stor ressurs i møte med kolspasienter som opplever angst. Grunnet oppgavens begrensede omfang har jeg derfor valgt å fokusere på forholdet mellom pasient og sykepleier. Det vil også legges stor vekt på trygghet og tillit i drøftingsdelen, da dette er viktig i møte med pasienter som opplever angst.

Det skal også nevnes at medikamentelle tiltak vil være relevante i symptomlindring av kols og angst, men grunnet oppgavens omfang blir ikke dette vektlagt.

1.5 Begrepsavklaring

Angst: defineres som en følelse som er truende mot personligheten, men årsaken til den truende følelsen er uidentifiserbar (Hummelvoll, 2012, s. 379). Angst blir beskrevet som en diffus, indre uro med ukjent årsak, der det ikke er noe bestemt ytre objekt angsten er knyttet til (Hummelvoll, 2012, s.154).

Dyspné: er et annet ord for tung pust der respirasjonen er rask og dyp (Mjell, 2015, s. 211).

Dyspné er en subjektiv opplevelse av pusteproblemer der personen opplever en bestemt følelse med varierende intensitet (Hjalmarsen, 2012, s. 40).

Kols: er et samlebegrep for sykdommer der luftveismotstanden er vedvarende, og den inflammatoriske responsen er økt (Giæver, 2015, s. 80).

2. Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven vil det blir brukt litteraturstudie som metode. Ved en litterær oppgave vil innholdet i hovedsak bygge på skiftelige kilder som litteraturbøker og fag- forskningsartikler. De valgte skiftelige kildene skal være relevante og passende til min problemstilling (Dalland, 2014).

2.2 Søkestrategi

Arbeidet med oppgaven startet med valg av tema og deretter formulerte jeg en problemstilling som var relevant til dette. Jeg gjorde deretter noen søk i forskjellige databaser for å forsikre meg om at det var tilstrekkelig med forskning rundt temaet. Databaser som er brukt til innhentning av forskningsartikler er PubMed, Cinahl og SveMed+, da disse blir regnet som gode databaser for helsepersonell.

I søkene brukte jeg søkeord som:

- "Chronic obstructive pulmonary disease" eller "kols"
- "anxiety" eller "angst"
- "dyspnea" eller "dyspné"
- "nurse" eller "sykepleier".

Disse søkeordene kombinerte jeg med AND. Målet med disse søkene var å finne forskningsartikler som belyste både pasient og sykepleieperspektivet. Jeg begynte søkene på Cinahl og PubMed med å kombinere "chronic obstructive pumlmmonary disease" AND anxiety og fikk dermed rundt 60 treff. Da dette var et releativt bredt søk valgte jeg å kombinere "chronic obstructive pumlmmonary disease" AND "anxiety" AND "dyspnea", og fikk dermed konkretisert søket mer med rundt 20 treff. For å etterhvert finne artikler som belyste sykepleieperspektivet kombinerte jeg ordene "nurse" AND "chronic obstructive pulmonary disease" AND "anxiety".

Da alle artiklene på PubMed og Cinahl er skrevet på engelsk valgte jeg også å søke etter forskningsartikler på SweMed+ med norske ord som "kols" AND "dyspné" og fant artikler på

flere nordiske språk.

Jeg avgrenset alle søkene i databasene til å være peer-reviewed, ikke eldre enn 10 år og free full text. For å få avgrenset oppgaven på best mulig måte valgte jeg å følge inklusjons og eksklusjonskriterer i alle søk som ble utført. Kriteriene var følgende:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterer
<ul style="list-style-type: none">- Omhandler angstsproblematikk hos kolspasienter- Artiklene er ikke eldre enn ti år- Artiklene kunne være på engelsk, norsk, dansk eller svensk- Både menn og kvinner- Forskingen er gjort i vestlige land- Eldre (over 65 år)	<ul style="list-style-type: none">- Artikkelen er eldre enn 10 år- Artikkelen omhandler forhold som ikke er overførbart til norske forhold- Artikkelen avgrenses til et stadium en eller to

Inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene er valgt på bakgrunn av at forskningen og funnene skal være så nye som mulig. Kols er også en sykdom som rammer både kvinner og menn, dermed vil det være relevant å fokusere på begge kjønn. Alder er også relevant da kols i størst grad rammer eldre mennesker over 65 år. Jeg mener også at det er viktig at forskningen tar utgangspunkt i et vestlig land, da denne teorien skal være relevant for norske sykepleiere. Ved å bruke artikler på norsk, engelsk, dansk eller svensk vil jeg ha god forutsetning for å forstå forskningen på korrekt måte, da jeg forstår alle disse språkene skriftlig.

2.3 Mine valg av kilder

I min oppgave er det relevant å finne forskning som baserer seg på pasienters opplevelser av sykdom. På grunnlag av dette har jeg valgt forskningsartikler som er kvalitative. Dette gir mer dybdekunnskap om opplevelser som ikke lar seg vises i form av tall, slik en kvantitativ metode vil (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne., 2015, s.19).

Ved utvelgelse av forskningsartikler tok jeg for meg artikler jeg så på som aktuelle i forhold til min problemstilling, og leste deretter abstrakter om den aktuelle artikkelen. Dersom sammendraget av artikkelen virket relevant leste jeg deretter igjennom denne uten å gå i dybden. Jeg forsøkte å danne meg en forståelse av hva forskningen faktisk gikk ut på, og deretter avgjorde jeg om artikkelen ville være relevant eller ikke. De forskningsartiklene som jeg fant aktuelle leste jeg grundigere, for å få en mer helhetlig og grundigere forståelse. Ved å lese referanselister i tilsvarende oppgaver fant jeg også forskningsartikler og litteratur som kunne være aktuelle for min oppgave. For å bedømme aktualiteten av disse ble kildene vurdert ut fra inklusjons og eksklusjonskriteriene samt ut i fra problemstillingen min.

En annen del av søkeprosessen var å finne teori i form av bøker. Ved å bruke skolens bibliotek og bibliotekets nettsider kunne jeg søke etter relevant litteratur. Søkeord som ble brukt var blant annet kols, lungesykdommer, angst, dyspné, kronisk sykdom, Kari Martinsen og Joyce Travelbee. Utvelgelsen av litteraturen gjorde jeg ved å lese bak på boken og i innholdslisten for deretter å vurdere om den ville være aktuell. Annen teori som ble tatt med fant jeg på nettsider som folkehelseinstituttet.no og sykepleien.no, da jeg ser på disse nettsidene som oppdaterte og faglig sterke.

Hovedkildene min i oppgaven vil avhenge av hvilket tema jeg vil belyse. I teorikapitlene der jeg ville innhente informasjon om kols, brukte jeg Hjalmsens (2012) bok ”Lungerehabilitering” som hovedkilde. Dette er en bok jeg anser som faglig sterk da forfatteren av boken har mer en tjue års erfaring som lungelege. Jeg valgte også å supplere med boken til Giæver (2015) da denne boken inneholder mye faglig teori om emnet.

I kapitlene for angst og dyspné vil Hummelvoll (2012) og *boken Helt- ikke stykkevis og delt* være kilden jeg innhenter mest teori fra. Dette er en pensumbok fra bachelorstudiet i sykepleie og en faglig sterk bok der forfatteren er professor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid.

I kapittelet om sykepleieteori vil jeg bruke boken til Travelbee (2011) *mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Denne er relevant fordi jeg ønsker å fokusere på relasjoner og menneske til menneske forholdet. For å få et bredere spekter på relasjonsbegrepet bruker jeg også Kari Martinsens (2003) bok *Omsorg, sykepleie og medisin* som en hovedkilde.

Forskningsartikkelen jeg bruker som hovedkilde er Andersen, I. H., Ytrehus, S., & Grov, E. K. (2011). *Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom* og i drøftingsdelen blir Jellington, M. O., Overgaard, D. & Sørensen, E. E. (2016). *Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses* vektlagt. Disse ble valgt fordi begge forskningene fokuserer på hvordan sykepleier kan møte kolspasienten på best mulig måte.

Disse suppleres med flere andre forskninger som Bailey, P. (2004), Christiansen, S. & Fredriksen, K. (2010) og Willgoss, T. G. Yohannes, A. M., Goldbart, J., Fatoye, F. (2012). Disse kvalitative forskningene er valgt fordi de handler mer om kolspasientens opplevelse av angst og dyspné som vil være viktig for å belyse problemstillingen min på best mulig måte.

Selv om et av mine eksklusjonskriterier var at forskningen ikke skulle være eldre enn ti år, valgte jeg å inkludere studien til Bailey (2004). Grunnen til dette er at jeg fortsatt anser forskningen som relevant da den tar for seg dyspné-angst-dyspné sirkelen. Den ga også grundige og gode skildringer av kolspasientens angstrelaterte opplevelser.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en måte å forholde seg kritisk til oppgavens kilder, ved å vurdere og karakterisere litteraturen man har valgt å benytte seg av. Kildekritikken skal vise hvilke refleksjoner rundt relevans og gyldighet som er gjort, og hvordan den valgte litteraturen er relevant for den valgte problemstillingen (Dalland, 2014). Av litteraturen er en stor andel pensumlitteratur fra sykepleiestudiet. På bakgrunn av at dette brukes i undervisningssammenheng anser jeg denne litteraturen som relevant og en sikker kunnskapskilde. Litteraturen som er anvendt er også vurdert i forhold til forfatterens bakgrunn og yrkeserfaring. Ved å lese opplysninger om forfatteren i bøkene jeg har anvendt fikk jeg informasjon om deres bakgrunn i temaet. Dalland skriver at dette er viktig i forhold til hvilken relevans og autoritet forfatteren har i emnet (Dalland, 2014).

Dalland påpeker at man alltid bør oppsøke primærlitteratur, fordi sekundærlitteratur er kunnskapsoppsummeringer fra det opprinnelige arbeidet (Dalland, 2014, s.79). Jeg har derfor forsøkt å bruke primærlitteratur der det er mulig, for å unngå feiltolkninger av det opprinnelige perspektivet og misforståelser av teorien. Likevel bruker jeg endel fagbøker som i stor grad bygger på andre kilder.

Artiklene jeg har valgt å bruke er også oppbygget av IMRaD-strukturen. Denne standardiseringen av artiklene gjør det lettere å orientere seg (Dalland, 2014, s.80). Ved å sette krav om at forskningsartiklene jeg har valgt å bruke er fagfellevurdert vurderer jeg som en stor sikkerhet for påliteligheten av innholdet. Mine valgte forskningsartikler er både engelskspråklige, svenske og danske. Det kan være en svakhet at dette ikke er mitt morsmål, da det kan ha oppstått mistolkning av viktige poenger eller forekommet feilaktige oversetninger. Det samme gjelder boken til Travelbee som er oversatt fra originalspråket engelsk til norsk. Det vil være en svakhet at denne boken ikke er primærkilden, og dermed kan enkelte betydninger bli feilaktig tolket og gjenfortalt.

Det er også mulighet for at jeg kan ha oversett relevant og viktig forskning da det ikke har vært nok tid til å lese alle abstrakter ved funn av forskningsartikler. I oppgaven vil kildene jeg bruker være med på å underbygge min problemstilling, men det må tas høyde for at forfatterens formål med teksten jeg referer til, kan være en annen enn det jeg benytter teksten til i mitt arbeid.

3. Teori

3.1 Kols

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er et samlebegrep for obstruktive lungesykdommer der luftveismotstanden er økt av en eller flere faktorer (Giæver, 2015, s.80). I Norge har ca. 7% av befolkningen kols, og dødeligheten av kols har økt betydelig de siste årene (Hjalmarsen, 2012, s. 20).

3.1.1 Stadieinndeling av kols

- **Stadium 1:** Ved mild kols vil lungekapasiteten være under 80% av forventet. Pasienten har vanligvis kronisk hoste og slim, med en mild luftrørsobstruksjon (Hjalmarsen, 2012).
- **Stadium 2:** Ved moderat kols vil lungekapasiteten være under 50% av forventet (Hjalmarsen, 2012).
- **Stadium 3:** Ved alvorlig kols vil lungekapasiteten være under 30% av forventet. Pasienten vil vanligvis oppleve økende symptomer og luftrørsobstruksjon. Det kan også opptre akutte forverringer av symptomer som kan ha stor innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose (Hjalmarsen, 2012).
- **Stadium 4:** Ved svært alvorlig kols vil lungekapasiteten være under 30% av forventet. Pasienten vil få en alvorlig luftrørsobstruksjon. Lungesvikt eller kliniske tegn på høyresidig hjertesvikt er tilstede. Pasientens livskvalitet vil være svært redusert og en forverring kan være livstruende (Hjalmarsen, 2012).

3.1.2 Symptomer

De mest typiske symptomene for kols er kronisk hoste med ekspektorat som ofte vedvarer hele dagen (Ørn, 2015). Sykdommen debuterer ofte med symptomer som tung pust og hoste, som oftest hos personer som har røkt mye over mange år. Personen vil ofte ha en lavgradig inflammasjon med symptomfattige forandringer i luftveier, men kan etterhvert få en akutt nedre luftveisinfeksjon som fører til forverring av symptomer. Hosten kan bli mer produktiv med økende mengde ekspektorat med gulgrønn farge (Giæver, 2015, s. 88-89).

Andre typiske symptomer er at personen plages av tung pust ved anstrengelse (Ørn 2015). Allerede ved moderat kols vil den fysiske kapasiteten være nedsatt, og den rammede kan innta en mer passiv livsstil der personen unngår å gjøre fysisk anstrengende aktiviteter (Hjalmarsen, 2012, s.81). Pasienten vil typisk oppleve flere episoder med akutte bronkitter. Symptomene blir gradvis forverret med økt ekspiratorisk motstand, som igjen fører til forlenget ekspirasjonstid. Ved alvorlig kols vil pasienten slite med tung pust også ved hvile og kan også ha cyanose. Man kan også høre pipelyder fra lungene ved ekspirasjon, og pasienten må ofte bruke hjelpemuskulatur i nakke og skuldre for å få pustet (Mjell, 2015, s. 233).

3.1.3 Kronisk bronkitt

Definisjonen av kronisk bronkitt blir beskrevet som en tilstand der personen opplever daglig produktiv hoste gjennom minst tre måneder i to påfølgende år (Giæver, 2015). Kronisk bronkitt er karakterisert av en kronisk inflammatorisk reaksjon i hovedsak i bronkier og bronkioler med økt slimproduksjon. Det er dette som fører til den økte luftmotstanden. I tillegg vil man få en forstørrelse av glatt muskulatur, og fortykket bronkievegg som fører til at åpningen i luftrøret blir redusert (Mjell, 2015). Det er vanligvis tobakksrøyking som fører til kronisk bronkitt, og vedvarer røykingen hos personen med kronisk bronkitt vil det i mange tilfeller føre til kols (Hjalmarsen, 2012).

3.1.4 Emfysem

Emfysem blir karakterisert ved økt ekspiratorisk luftveismotstand og redusert areal for gassutveksling (Giæver, 2015). Emfysem utvikles ved at alveolene ”smelter” sammen og det blir destruksjon og utvidelse av alveoleveggene. Alveolene bli dermed færre og større, og den totale alveoleoverflaten blir redusert (Mjell, 2015). Dette går utover personens gassutveksling, og på grunn av at arealet i alveolene er nedsatt vil dermed vil gassutvekslingen bli redusert (Hjalmarsen, 2012). Etterhvert vil lungevevet være så ødelagt og alveolene så utvidet at det fører til kronisk tung pust (Giæver, 2015).

Det er ikke noe kurativ behandling for emfysem, men det vil være et forebyggende tiltak å unngå tobakksrøyking (Hjalmarsen, 2012). Emfysem forekommer ofte hos alvorlig syke kolspasienter (Giæver, 2015).

3.1.5 Dyspné

Dyspné er et annet ord for tung pust og kan forekomme når en sykdom rammer respirasjonsorganene. Når dette skjer vil kroppen forsøke å opprettholde gassutvekslingen ved å puste raskere og dypere (Mjell, 2015). Nesten alle pasienter med kols har dyspné det meste av tiden eller konstant. Å ha dyspné er både skremmende og utmattende og er en kilde til engstelse. Symptomene varierer ofte i styrke og fra dag til dag (Moll, Lange, Dahl, 2011).

I studien til Christiansen og Fredriksen (2010) beskriver pasientene dyspné som en kompleks opplevelse som påvirker mange deler av mennesket. Pasientene beskrev dyspné som noe som påvirket både det somatiske, følelser, tanker og en opplevelse av å være nær døden.

Forskningsartikkelen viste at pasienter med dyspné bruker mye tid på å tenke ut strategier de kan bruke for å unngå at deres dyspné forverrer seg. Pasientene mente de følte på mye maktesløshet og begrensinger knyttet til sin dyspné, og beskrev situasjonen sin som å være i en ”tvangstrøye på kanten av livet” (Christiansen & Fredriksen, 2010, s.80).

I en kvalitativ forskning med fokus på manøvrering av dyspné symptomer, viste det seg at sykepleierne undervurderer alvorlighetsgraden av pasientens dyspné i mer enn halvparten av tilfellene (Jellington m.fl. 2016). Dyspné er et plagsomt symptom, og sykepleier må bruke både sin behandlende, forebyggende og rehabiliterende funksjon, og tilrettelegger for et gode omgivelser for pasienten (Almås, Bakkelund, Thorsen, Sorknæs, 2010).

3.2 Å leve med kronisk sykdom

Når mennesker opplever å bli kronisk syke er det flere aspekter i livet som opplever å bli truet. Dette gjelder eksempelvis tilhørighet, kompetanse og autonomi (Berge, m.fl., 2016 s. 20). Sykdommen kan føre til at det blir vanskelig å opprettholde en opplevelse av tilhørighet, både med tanke på roller som person og det å være et sosialt menneske. Personen kan også få en opplevelse av å ikke duge på sine vante arenaer eller at sykdommen hindrer for muligheter vedkommende ellers ville hatt (Berge & Fjerstad., 2016, s. 20).

Sykdom påvirker mennesker i forskjellig grad, og ofte på bakgrunn av hvordan livet før sykdommen var. Det vil også medvirke i hvilken grad drømmer og forhåpninger ikke lengre kan realiseres i personens liv. Kroniske sykdommer er også forbundet med mye usikkerhet. Dette gjelder spesielt usikkerheten knyttet til forløpet som ofte varierer mellom akutte og mer roligere perioder, og ved at sykdommens forløp ofte er uforutsigbar (Söderberg, 2014, s. 16). Usikkerhet rundt sykdommen kan også føre til psykiske belastninger for personen.

I en studie gjort av HQO (Health Quality Ontario) var målet å finne ut i hvilken grad pasienter med kroniske sykdommer opplevde depresjon og angst. De gjennomførte litteratursøk fra 2002 til 2012 og satt funnene inn i tabeller. De kom frem til at majoriteten av pasientene hadde tegn på angst og depresjon, og at angsten ofte var grunnet tap av selvfølelse, usikkerhet om fremtiden, tap av relasjoner, sosial isolasjon og følelse av skam (DeJean, Giacomini, Vanstone, Brundisini, 2013).

En sykdom som kols blir gjerne kalt livsstilssykdom da hovedårsaken til sykdommen er tobakksrøyk (Moll & Lange, 2011, s. 27). Kols er en kronisk sykdom, og derfor vil det være en fare for at personen klandrer seg selv og føler seg mislykket. Det er da viktig å se at andre faktorer man ikke har noe kontroll over også spiller inn, og at man er en god indre støttespiller for seg selv (Berge & Fjerstad, 2016, s.25).

3.3 Sammenheng mellom angst og dyspné

Angst og dyspné kan sees i sammenheng da begge symptomer er nært forbundet med hverandre (Almås m.fl, 2015, s. 108). Dyspné oppleves som svært skremmende, og det kan være en stor utfordring for pasienten å finne roen og unngå panikk. Den psykiske tilstanden hos pasienten vil også kunne påvirkes ved å gi utslag i sinne og frustrasjon. Det kan også oppleves sårbart å være i en situasjon der pasienten selv har begrenset kontroll over tilstanden (Almås m.fl., 2015, s. 114).

Forebygging av angst og utrygghet vil være nesten like viktig å behandle som pustebesværet, fordi begge symptomene gjensidig forsterker hverandre (Almås m.fl. 2015, s. 108).

Dyspné leder ofte til angst, hvor angsten ofte utvikles til panikkangst, som igjen fører til enda større pusteproblemer. Dette blir en negativ syklus, der personen har så stor frykt for tungpustethet at han slutter å utføre aktiviteter. Dette kan resultere i redusert fysisk form (Hjalmarsen, 2012, s. 144).

3.3.1 Angst hos pasienter med kols

Det er relativt lite fokus på de psykiske lidelsene kols-sykdommen kan bringe med seg (Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, Stage, 2004) De typiske psykologiske lidelsene er generalisert angst, panikkangst og depresjon. Man går ut fra at utbredelsen av angst er høy, og at mellom 2% til mer enn 50% av kols pasienter har angst som et symptom (Mikkelsen m.fl., 2004).

Moll m.fl. (2011) bekrefter at angst forekommer hyppigere hos pasienter med kols, men at de somatiske symptomene ofte gjør at de psykiske symptomene blir oversett. Årsaker til angst kan være mange, men man kan si at angst er noe individet frykter i seg selv og dermed gjør at individet opplever trygghetsfølelsen som truet (Hummelvoll, 2012, s. 154). Angst henger sammen med at individet føler en "innbilt" eller reel trussel. Dermed vil størrelsen på denne trusselen henge sammen med i hvilken graden angst oppleves (Hummelvoll, 2012, s. 153). Sykepleier må fokusere på nærvær, tid og trygge omgivelser i møte med angstpregede pasienter for å fremme trygghet (Andersen m.fl., 2011).

Det er en skremmende opplevelse å føle at man ikke får nok oksygen dersom respirasjonen er svekket, og dette kan føre til følelsesmessige reaksjoner som angst (Bailey, 2004).

I forskningen til Willgoss, Yohannes, Goldbart & Fatoye (2012) der fjorten kolspasienter skulle selvrappportere deres angstsymptomer, bekreftes det at symptomer på angst har en betydelige høyere utbredelse hos kols pasienter enn den øvrige befolkningen. Forskningen viser at angst kan være både et symptom og en årsak til åndenød. Mange pasienter opplever at åndenøden er en utløsende årsak for angst eller panikk, spesielt ved situasjoner med alvorlige pusteproblemer. Andre opplever at angsten ikke er knyttet til noen spesiell årsak, men kan utløses av en rekke situasjoner.

3.3.2 Dyspné – angst - dyspné sirkelen

Et av hovedsymptomene som er fremtredende ved akutt kols-forverring er pustebesvær, samtidig som dette også kan være symptom på angst. Pasienten kan også oppleve både angst og panikk ved et reelt anfall av pusteproblemer. Dette vil bli en vond sirkel for den rammede som er vanskelig å bryte, og ofte fører til at pasienten isolerer seg (Markussen, 2009).

I en studie om angst-dyspné-angst sirkelen valgte forskeren Patricia Hill Bailey å intervju ti pasienter med kols og deres pårørende og helsearbeidere. Hun kom frem at en stor andel pasienter fortalte om forholdet og sammenhengen mellom deres emosjonelle og psykiske tilstand og akutt dyspné. Forskningen til Bailey viste også at følelseslivet og dyspné vil påvirke hverandre og kan sees på som en sirkulær sammenheng. Økende dyspné kan også påvirke andre følelsesmessige reaksjoner som igjen fører til økende pustebesvær (Bailey, 2004, s.764).

Dette blir også bekreftet i forskningen til Thomas G. Willgoss m. fl. (2012, s. 568) der de kom frem til at angst kan være et tegn på dyspné, spesielt hvis pasientene hadde opplevd perioder med forverring av kolssymptomer. Fysiske anstrengelser kan føre til åndenød og angst eller panikk. Dette trigger ofte en ond sirkel av forverret angst og dyspné.

I en undersøkelse gjort i forbindelse med forskningsartikkelen "Panic attacks and perception of inspiratory resistive loads in Chronic Obstructive Pulmonary Disease" skulle kols pasienter med og uten kjent panikk lidelse puste gjennom et munnstykke med ulik motstand. Deretter skulle de signalisere graden av vanskelighet med den påfølgende pusting (Livermore, Butler, Sharpe, McBrain, Gandevia, McKenzie, 2008, s. 8). De kom frem til at kolspasienter med kjente problemer med panikkangst vurderte graden av tungpusthet betydelig høyere enn

de kolspasientene uten symptomer på angstlidelse. Denne studien konkluderte med at økt angst også fører til en sårbarhet for pusteproblemer og panikk (Livermore m.fl., 2008, s.10).

3.3.3 HAD – Hospital anxiety and depression scale

HAD - Hospital Anxiety and Depression scale er et skjema der pasientene selv skal avkrysse på fjorten spørsmål der sju er relatert til angst. Skjemaet er et enkelt psykometrisk screeninginstrument der formålet er å kartlegge angst og depresjon (Markussen, 2009). Skjemaet skal kartlegge pasientens følelser, og gi et overblikk over den følelsesmessige tilstanden til pasienten. Summen av spørsmålene gir en skår som sier noe om for eksempel symptomer på angst, og i hvilken alvorlighetsgrad det dreier seg om. Dette er et godt verktøy for helsearbeidere for å tidlig kartlegge angst problematikk, og dermed også få en bevissthet om angst ved pustebesvær (Markussen, 2009).

3.3.4 Omgivelser rundt den angstpregede kolspasienten

Sykepleierne i studien til Andersen m.fl. (2011) fortalte om pasienter som uttrykte at sykehuset føltes trygt fordi de fikk hjelp til å lindre angst og dyspné når den oppsto. Å ha trygghetsskapende omgivelser rundt seg vil være viktig for kolspasienten som opplever angst grunnet dyspné. Som sykepleier skal man alltid tilstrebe mest mulig ro rundt pasienten, og antall personer som er tilstede rundt pasienten bør begrenses (Almås m.fl., 2011, s. 137).

Nærhet kan virke beroligende for pasienten ved akutt dyspné. Hvis pasienten også lener seg nær sykepleieren vil dette også kunne medvirke til at pusten blir litt roligere. Enkle tiltak som å stryke pasienten over ryggen eller holde han i hånden er nærhetsrelaterte tiltak som kan føre til at respirasjonsbesværet blir mindre (Almås m.fl., 2011, s. 137).

Andersen m.fl. (2011) viser i sin forskning at mangel på tid har en dårlig innvirkning på kolspasienter. Pasientene kan la seg påvirke hvis sykepleiere og omgivelsene rundt er stresset. Sykepleierne fortalte at pasientene ønsket mye ro og at sykepleieren skulle ha tid til å sitte med de. Hvis pasientene merket at sykepleier hadde dårlig tid, gjorde dette også at symptomene forverret seg.

3.4 Et sykepleieperspektiv

Som jeg har beskrevet i tidligere avsnitt i dette teorikapittelet, har kols-pasienter spesielle utfordringer knyttet til angst og dyspné. For å hjelpe oppgaven å belyse problemstillingen vil et sykepleieperspektiv som vektlegger betydningene av relasjon være sentralt. Bakgrunnen for valg av denne sykepleieteorien er at behovet for trygghet vektlegges i sykepleie til angst (Hummelvoll, 2012). Skal sykepleier bidra til angstreduksjon, kan det tenkes at en godt etablert relasjon gir pasienten trygghet.

3.4.1 Relasjonsperspektivet

Thorsen skriver om trygghet og hvordan gode relasjoner kan fremme trygghet. Trygghet kan utvikles i samværet med andre mennesker som vil oss vel, og henger sammen med det å føle fysisk nærhet. Ved å kjenne på egen sårbarhet og følelser vil sykepleieren ha større forutsetning for å føle på andre menneskers følelser, og dermed dekke pasienters behov (Thorsen, 2015).

Thorsen påpeker også det store ansvaret sykepleieren har i møte med pasienter. Mange av disse pasientene er totalt avhengige av hjelp og legger dette ansvaret fullt og helt i sykepleierens hender. Det er derfor viktig at sykepleier har de ferdighetene og den kunnskapen som trengs, både for at sykepleier skal føle seg trygg i krevende situasjoner, men også for å kunne gi den tryggheten pasientene trenger (Thorsen, 2015).

Martinsen påpeker også viktigheten av kunnskap og erfaring i en omsorgssituasjon. Erfaringer vil gi en bedre forståelse for den andres situasjon, ved å gjenkjenne situasjonen eller forstå pasienten utfra egen erfaring. Kunnskap vil også kunne føre til bedre forutsettelse for å ”sørge for” den syke. Dette gjelder både ved å lindre pasientens smerte, men også ved å gjøre pasienten til en deltagende part som fører til at situasjonen mer trygg og mindre fremmed (Martinsen, 2003, s.76).

Martinsen mener at omsorg handler om nestekjærlighet og at det er et relasjonelt begrep. Hun tar utgangspunkt i et menneskesyn der avhengighet av hverandre er grunnleggende (Martinsen, 2003, s.14). I handlingsrelasjonen er det viktigste at omsorgsgiveren ikke baserer seg på en forventning av å få noe igjen eller begrunner sine handlinger med at hun skal få noe tilbake (Martinsen, 2003, s.16). Tillit er også en grunnleggende verdi som Martinsen mener er viktig i forholdet mellom mennesker (Kristoffersen, s. 255).

Tillit vil være elementært i holdningene man har til hverandre, og på bakgrunn av holdninger kan man påvirke den andres liv på en truende eller trygg måte. Martinsen mener man har to muligheter i et tillitsforhold; enten å ta vare på den eller å ødelegge den ved å misbruke informasjon den andre har gitt. Sykepleieren må motta pasientens tillitt på en slik måte at hun viser seg verdig til å få denne tillitten. Først da vil pasienten våge å dele noe av sine problemer (Martinsen, s.74, 1990). I relasjonen mellom sykepleier og pasient er det sykepleierens oppgave at relasjonen gagnar den enkelte pasient (Martinsen, s.74, 1990).

Engasjement og interesse for pasienten er nødvendig for å finne ut hva vedkommende trenger, og for å kunne sette seg inn i dens situasjon. Det blir også nødvendig å kunne forestille seg å være i pasientens posisjon, for å få et innblikk i hvordan man selv hadde ønsket å bli behandlet (Kristoffersen, s.254). For å kunne finne ut av hvordan den andre personen kan hjelpes best mulig mener Martinsen man trenger faglig skjønn for å kunne balansere mellom nærhet og avstand. Hun snakker om en autoritetsstruktur som forutsetter at sykepleieren vet bedre hva som er best for pasienten enn pasienten selv, men at dette forutsetter både engasjement og at det må gagne pasienten best mulig (Martinsen, 1990, s.75). Forholdet mellom mennesker er det mest vesentlige i omsorgen, og forutsetter alltid andre mennesker (Martinsen, 2003, s.69).

3.4.2 Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbees teori belyser mennesket som et unikt individ, og at dette individet både er likt og ulik alle andre. Hun beskriver sykepleie som en interaksjonsprosess der det er lagt stort fokus på relasjonen mellom pasient og sykepleier og utviklingen av dette (Travelbee, 2011).

En grunntanke i teorien til Travelbee (2011) er at både pasienten og sykepleieren forholder seg til hverandre som unike individer. Sykepleieren skal ha som mål å opprette et menneske-til-menneske forhold. For å klare å oppnå dette, og se hverandre som individer må fasadene som ”pasient” og ”sykepleier” overkommes. Menneske-til-menneske-forholdet bygges gradvis opp ved samhandling mellom den syke og sykepleier, og sykepleier må være klar over sine handlinger, tanker, følelser og erfaringer. Det blir beskrevet fire sammenhengende faser i utviklingen av et menneske-til-menneske forhold, som både sykepleier og den syke har gått gjennom. (Travelbee, 2011)

Fase 1, det innledende møtet: Som sykepleier i første møte med en syk person vil det oppstå gjensidige antagelser som igjen vil føre til visse følelser. Det første og viktigste trinnet i sykepleieprosessen er observasjon, og de etterfølgende antagelsene. Dette vil danne grunnlaget for det interaksjonsmønsteret som utvikles. Grunnlaget til ”førsteintrykket” har en sammenheng med både tegn, stikkord, verbal og non-verbal kommunikasjon. Pasienten og sykepleieren vil i liten grad se hverandre som individer, og deres oppfatning av hverandre vil være på bakgrunn av stereotypier, forutinntatte meninger og tidligere erfaringer. Travelbee mener at det er viktig at sykepleieren er klar over at hun selv oppfatter den syke i lys av den stereotypiske pasienten. Hun må derfor ha evnen til å se mennesket i pasienten slik at deres forhold kan utvikles videre (Travelbee, 2011).

Fase 2, framvekst av identiteter: I denne fasen vil den syke og sykepleieren ha evnen til å tilknytte seg hverandre ved å verdsette den andre som et individ. Det vil være mindre kategorisering og mer vektlegging på identitet. Allikevel vil fortsatt interaksjonen være på bakgrunn av hvordan den andre virker på en selv personlig.

Etterhvert vil begge parter få et inntrykk av den andres personlighet, og det dannes en tilknytning mellom de to individene. De individuelle identitetene vokser frem og erkjennes som enestående. Hvis sykepleieren ikke klarer å se pasienten som et individuelt individ vil det oppstå problemer og en barriere for videre utvikling av forholdet (Travelbee, 2011).

Fase 3, empatifasen: Empati er evnen til å ha forståelse av den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Personene kan da ta del i den andres indre opplevelser, samtidig som det er en klarhet i at de er to forskjellige personer. Tilknytning til hverandre vil være et resultat av empati, og det enkelte individ vil bli klarere oppfattet og anerkjent.

Ved oppstått empati for den andre vil forholdet mellom de to partene blir forandret. Empatien vil være konstant og være tilstede i alle møter sykepleier og pasient har. Empatien kan også være forbundet en viss frykt for både den syke og sykepleieren hvis det ikke er opprettet nødvendig tillitt til hverandre. En forutsetning for at tillitt skal oppstå er likhetstrekk mellom to personers erfaringer, og baserer seg på ens egen personlig bakgrunn. Det må også være en kombinasjon av både et ønske om å føle empati, og et ønske om å forstå den andre som ligger til grunn for å kunne oppnå empati. En sykepleier må være klar over at i sitt møte med en pasient vil hun bedømme pasientens adferd. Det er en del av det å være menneske, mener Travelbee. Sykepleieren må derfor være bevisst over at hun er dømmende og først når hun selv forstår hvordan hun dømmer pasienten kan hun forstå i hvilken grad dette innvirker

møtene mellom henne og pasienten. Når sykepleieren klarer å bedømme pasienten positivt, er dette trolig fordi hun har akseptert vedkommende (Travelbee, 2011).

Fase 4: Sympati og medfølelse: Å ha sympati og medfølelse for andre kan sees på som et skritt videre i empatiprosessen, der ønsket om å lindre plage er fremtredende. Man blir i stand til å ta del i andres følelser og dermed også oppleve medlidenhet. Ved medfølelse vil sykepleieren vise at hun bryr seg om pasienten, at hun gjerne vil hjelpe og vil gjøre noe for pasienten fordi han er den han er. Sympati og medfølelse kan uttrykkes både verbalt og non-verbalt. Sykepleieren vil gå inn og dele pasientens plager, og vil vise at disse plagene også angår henne. Det handler om å kunne gi omsorg som kan oppleves på et følelsesmessig nivå og kommunisert til den syke (Travelbee, 2011).

4. Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan redusere kolspasientens opplevelse av angst grunnet dyspné. Jeg deler denne diskusjonen inn i tre hovedområder som fokuserer på kunnskap, relasjon og omgivelser for å belyse min problemstilling på best mulig måte.

4.1 Viktigheten av kunnskap hos sykepleier

En av sykepleierne som deltok i Andersen m.fl. sitt forskningsprosjekt (2011 s. 51) hadde følgende utsagn: “Jeg tror det er betryggende for pasienten. At du viser at du vet hva du gjør og ikke blir stressa og jo mer du kan, jo mer trygg er du i situasjonen.”

Almås m.fl., (2010) skriver om hvor sårbart det er for en en angstplaget kolspasient å være i en situasjon der han har så lite kontroll over tilstanden sin. Denne sårbarheten er også noe pasientene i forskningen til Bailey trekker frem. De mente at deres følelsesmessige liv hadde en sårbarhet som ofte ble uttrykt som angst. De beskrev at angsten ofte kunne komme i forbindelse med episoder der det var en forventning om utvikling av uhåndterbar dyspné (Bailey s.763). Dette viser viktigheten av kunnskap hos sykepleier, da de trolig kan hjelpe pasienten i en situasjon hvor han opplever tap av kontroll. Forskning viser at sykepleierne undervurderer alvorlighetsgraden av pasientens dyspné i mer enn halvparten av tilfellene (Jellington m.fl. 2016). Det kan tenkes at grunnen til dette er mangel på kunnskap og nødvendig erfaring, noe som hindrer sykepleier i å møte den kolssyke på en trygghetsskapende måte. Dette bekreftes i forskningen til Andersen (2011) der sykepleierne mente at deres kompetanse hadde mye å si for hvilken hjelp de kunne bidra med til kols pasientene (Andersen m.fl. 2011). Erfaringsmessig er det en helt annen opplevelse å faktisk være i situasjonen, enn å studere emnet teoretisk. Som sykepleierstudent i min første praksis møtte jeg flere kolspasienter, og jeg opplevde det som skremmende og utrygt å stå ved deres side i angstepisoder. Likevel styrket disse erfaringene meg som student, og jeg ble tryggere og tryggere for hver gang jeg møtte pasientgruppen.

Kari Martinsen (2003) bekrefter også at sykepleieren får kunnskap gjennom erfaring. Selv om sykepleieren ikke kan oppleve smerten pasienten har, kan hun gjenkjenne situasjonen og forstå pasienten ut fra erfaring fra lignende situasjoner. Trolig vil erfaringer fører til at man blir mer trygg i utfordrende situasjoner, fordi man kjenner til sine egne reaksjonsmønstre. Dette vil igjen føre at man lærer av sine feil, og kan opptre på en mer hensiktsmessig og trygg måte ved neste anledning.

På den andre siden skriver Hummelvoll (2012) at angstanfall er en veldig dramatisk opplevelse, og forteller at det er nødvendig at sykepleieren kan undervise pasientene om angst som diagnose. Med andre ord er det trolig ikke bare sykepleierens erfaring som vil hjelpe pasienten med å føle seg trygg, men også kunnskap som kan hjelpe pasienten til å forstå sin egen sykdom. Hummelvoll (2012) påpeker at i møte med mennesker som opplever angst er det viktig å kartlegge angsten på et tidlig tidspunkt, og få en forståelse av angsten. Dette vil hjelpe sykepleieren å sette inn effektive tiltak som kan hjelpe pasienten som opplever dyspné (Hummelvoll 2012). Videre vil det være grunn til å tro at om sykepleierne klarer å overføre sin kunnskap om effektive og forebyggende tiltak til pasientene, kan dette føre til at pasientene lettere kjenner igjen symptomer på et angstanfall. Dette vil eventuelt kunne føre til at pasienten forholder seg mer rolig ved starten av neste angstanfall, og vil takle dette på en mye mer tilfredsstillende måte.

I noen angstsituasjoner bør sykepleier også bruke sin kunnskap og forklare pasienten hvordan følelser kan føre til kroppslige symptomer. Sykepleier kan i disse tilfellene gi kunnskap om hvordan angst kan henge sammen med dyspné. I tillegg kan hun forklare at bakgrunnen til anfallet er en psykisk reaksjon (Hummelvoll 2012). Det er i midlertidig viktig å huske på at pasienten sjelden har mulighet til å forholde seg til sykepleierens tiltak og informasjon hvis de er preget av dyspné (Jellington 2016). Pasientene har ofte nok med å fokusere på pusting, og er da i en sårbar situasjon der de må stole på at sykepleierne gjør de nødvendige tiltakene. På den måten legger pasientene et stort ansvar i hendene på sykepleieren, og det vil være viktig at sykepleier tar denne oppgaven på alvor. Dette forutsetter også at sykepleieren har den kunnskapen som skal til for å kunne hjelpe pasienten. En slik avgjørelse vedrørende pasientens mottakelighet til å motta informasjon krever faglig skjønn, og en vurdering av angstanfallets alvorlighetsgrad. Nok en gang kan erfaring fremheves som en viktig faktor for god sykepleie.

Markussen (2009) trekker frem kartleggingsverktøyet HAD i sin artikkel. Dette er et verktøy sykepleierne kan bruke for å få tilstrekkelig opplysninger om pasientens opplevelse av angst. Dermed blir det også lettere å avdekke om dyspné skyldes fysiologisk forverring i sykdommen eller angst. Selv om angst er et kjent problem hos kols-pasienter vil det være en stor risiko for at andre somatiske symptomer står i veien for at sykepleier kan oppdage symptomene på angst (Møll m.fl. s.162).

Erfaringsmessig vil det ofte være enklere å fokusere på de somatiske symptomene, da de er lettere å kartlegge eller legge merke til. Derfor tror jeg det er ekstra viktig at sykepleier også bruker tid på det psykiske aspektet ved pasienten. Det er viktig å likestille både det psykiske og det somatiske, spesielt med kolspasienter i og med at det er en såpass stor andel av kolspasienter som opplever angst.

Det trekkes frem at en opplevelse av et angstanfall kan føles like reelt som en kols-forverring (Markussen 2009). Det er viktig å kunne skille mellom det fysiologiske og det psykiske, men være bevisst på at dette føles akkurat like forferdelig og reelt ut for pasienten. Hvis sykepleier bruker kartleggingsverktøy som HAD, har hun dermed en mye større sjanse for å kunne oppdage angsten pasienten opplever på et tidligere tidspunkt. Dette vil være verdifull informasjon for meg som sykepleier, da dette sier noe om pasientens dyspné er relatert til angst eller om det er fysiologisk forverring av kols sykdommen.

4.2 Forståelse av pasientens sykdomsbilde

4.1.1 Angst og dyspné i en sammenheng

Kolspasienter har en vesentlig høyere risiko for å utvikle angst symptomer enn resten av befolkningen (Willgoss 2012, Moll m.fl. 2011, Mikkelsen m.fl. 2004). Dette bekrefter Hummelvoll (2012, s. 164), og sier det vil være tre behov sykepleieren må søke og dekke for å kunne hjelpe mennesker med sterk angst. Disse behovene er trygghet og sikkerhet, samt angstreduksjon og kunnskap om angst.

Igjennom mine praksisperioder som sykepleierstudent, opplevde jeg at pasientens angst gjerne oppsto i forbindelse med dyspné og at det var en klar sammenheng mellom disse fenomenene. Videre legger Markussen (2009) stor vekt på sammenhengen mellom angst og dyspné hos kols-pasienter i sin artikkel. Hun opplever at kunnskapen om denne sammenhengen ikke anvendes i nok grad i pasientbehandlingen. Sammenhengen blir beskrevet som en ond sirkel og i forskningen til Willgoss m.fl. (2012 s.565) sier blant annet en pasient:

”It’s like a vicious circle. Your breathing gets bad so you get anxious, then you get afraid, and your breathing gets worse, which makes you more afraid. The COPD feeds the anxiety and the anxiety feeds the fear”.

Når pasientene opplever dyspné kan dette føre til at de bruker trygghetssøkende strategier (Markussen, 2009) som å unngå å være i aktivitet for å unngå dyspné. Noen pasienter vil derfor ikke gå utenfor sitt eget hjem, og blir dermed veldig isolert. De blir kanskje mindre sosiale, orker ikke det ukentlige møte på cafe med venner, men blir sittende stille i en stol bak husets fire vegger. Det vil altså bli en ond sirkel der kolssymptomene fører til dyspné som igjen påvirker til økende angst. Angsten kan også utvikles til anfall av panikkangst som igjen fører til mer dyspné. Det er denne sammenhengen Bailey (2004) kaller dyspné-angst-dyspné sirkelen.

Det vil være forståelig om pasientene opplever en hurtigere utmattelsesfølelse ved fysisk aktivitet ved kols. I forskningen til Bailey bekreftet pasientene det komplekse forholdet mellom fysisk aktivitet, angst og dyspné (Bailey 2004 s.774). De opplevde angsten som meget skremmende og forklarte at det var en stor utfordring å ikke få panikk når de fikk pustebevis. Ved fysisk aktivitet vil også pusten øke, noe som trolig av ovenstående årsak

kan føre til angst hos pasientene. Dette vil igjen kunne føre til forverring av dyspné (Bailey, 2004), som igjen trolig kan føre til videre forverring av angsten.

Sykepleier som forstår sammenhengen mellom angst og dyspné, bør trolig også være bevisst på at bagatellisering ofte ikke er hensiktsmessig under angstanfall. I min sykehjemspraksis opplevde jeg at angst, da spesielt ved kols, ble noe oversett av pleierne, og dermed trolig noe bagatellisert. Eksempler på bagatellisering kan være ”det går over” eller ”jeg har vært i denne situasjonen mange ganger, og det er aldri så alvorlig som man tror.” Slike utsagn vil trolig ikke virke angstdempende på pasienten, da sykepleier i pasientens øyne kan virke usympatisk og uengasjert. Det er også viktig å ikke bagatellisere symptomene ved angst bare fordi det ikke er livstruende (Hummelvoll 2012). Som sykepleier kan det være lurt å være bevisst på at angst er en svært skremmende opplevelse, og at mange pasienter faktisk er oppriktig redd for å dø under angstanfallene. Det kan tenkes at en sykepleier som heller relaterer seg, og lever seg inn i situasjonen kan virke mer angstdempende. Utsagn som ”jeg skjønner at du er livredd nå, men jeg skal være her med deg” eller lignende vil heller bekrefte pasienten uro, og dermed muligens dempe angsten på sikt.

Det vil mest sannsynlig være viktig å ha en helhetlig forståelse av kolspasientens opplevelse av å ha kols og angst ved dyspné, da det som vist over både kan gå utover det fysiske og det psykiske. Hos kols-pasientene gjelder dette da spesielt pusteproblematikk, på grunn av fysiologiske forandringer i luftveiene som gjør det vanskeligere for pasienten å puste (Hjalmarsen, 2012). Videre vil det være viktig at man forstår sammenhengen mellom det fysiske som skjer i kroppen til den kols-syke, og hvordan det henger sammen med de psykiske plagene pasientene kan oppleve. Dette fordi det å ha en forståelse for at den kroniske inflammasjonen i luftveiene fører til mer slimproduksjon, som igjen øker luftveismotstanden (Mjell, 2015) vil være viktig for å forstå hvorfor pasienten utvikler dyspné. Det vil være grunn til å tro at ved å ha kunnskap om dyspné, og hvordan dette påvirker respirasjonen vil man igjen få en bedre forståelse av hvorfor pasienten opplever angst eller eventuelt utvikler panikkangst.

4.2.2 Kronisk sykdom

Kols er også en kronisk sykdom, som ofte er forbundet med mye usikkerhet knyttet til både fremtid og drømmer (Söderberg, 2014). Å leve med en kronisk sykdom vil kunne true grunnleggende behov og føre til at livet endrer seg på mange måter (Berge & Fjerstad, 2016).

Kols kan også gjøre at pasienten føler seg fanget i et annet liv, på bakgrunn av de begrensningene sykdommen setter. Normale aktiviteter er ikke like enkelt som før og sosial isolasjon kan forekomme (DeJean m.fl., 2013). Dette bekreftes i Baileys forskning (2004) hvor en av intervjuobjektene forteller om hvordan han forsøkte å finne noen papirer sykepleieren trengte, men ble fort veldig preget av dyspné og slet med pusten. Sykepleieren måtte derfor be pasienten å sitte ned og holde seg i ro og ikke tenke mer på disse papirene. Pasientens uttrykker at han så gjerne hadde ønsket han hadde klart en så enkel oppgave som dette. Det førte til at han ble veldig lei seg etter denne episoden og sier videre: "And I just didn't cry, but it was that close" (Bailey, 2003, s. 770). Det er dermed grunn til å forstå den håpløsheten kolspasienter kan føle på.

Det at pasientene ikke klarer å gjennomføre dagligdagse aktiviteter som de vanligvis ville klart, kan føre til immobilitet, videre funksjonstap, overvekt, og videre forverring av sykdomstilstand. Dette kan igjen føre til forverring av angstsituasjonen pasienten måtte ha. Dermed vil dette kunne understreke viktigheten av sykepleiernes forståelse for pasientens situasjon.

Dette bekreftes i forskningen til Christiansen & Fredriksen (2010) der de påpeker viktigheten av at sykepleiere får en bedre forståelse av hvilken grad dyspné påvirker pasientens liv. De sier også at dette kan øke muligheten for sykepleieren å handle empatisk og skape et miljø der det er rom for samtale, dersom pasienten ønsker dette. Trolig vil det være viktig at sykepleieren er åpen for samtale om disse temaene. Dette fordi det er viktig å innse at det å ha en kronisk sykdom vil kunne true mange aspekter i mennesket. Både fordi pasienten kan ha en uvisshet om hva som skjer i fremtiden, og også hvordan sykdommen vil utvikle seg.

4.3 Den trygghetsskapende relasjonen

Thorsen beskriver trygghet som både noe grunnleggende i tilværelsen og noe man aktivt søker. Trygghet er et grunnleggende behov i alle mennesker, og er et behov som trolig blir ekstra utsatt når man havner i en sårbar situasjon (Thorsen 2015 s.118).

4.3.1 Relasjonsbegrepet i lys av Kari Martinsens teori

Martinsen (2003) mener at omsorgen alltid forutsetter to parter, der den ene vil ha omtenksomhet og bekymring for den andre. Videre mener hun at omsorg har noe med hvordan mennesker både forholder seg til hverandre, og hvordan de viser omtanke for hverandre. Med andre ord kan det tenkes at om man setter Martinsens teorier i fokus ved sykepleie til pasienter med angst grunnet dyspné, vil omtanke for pasienten være vesentlig for at pasienten skal få en opplevelse av god omsorg.

En god relasjon mellom sykepleier og pasient vil mest sannsynlig føre til trygghet (Thorsen, 2015), og i forskning vises det også til at kjennskap mellom sykepleier og kolspasienten ville føre til at mestringen av angstanfallene ble lettere (Andersen m.fl.). Det kan tenkes at en godt opparbeidet relasjon gjør at kolspasienten føler på en større trygghet til sykepleier. Dessuten vil det å ha angst vil true trygghetsfølelsen (Hummelvoll 2012). Det er grunn til å tenke at en god relasjon vil gjøre pasienten er roligere i en angstsituasjon, som igjen kan føre til at angstanfallet oppleves som mildere for pasienten.

Videre sier Martinsen (1990) at sykepleieren må finne ut av hva som er det beste for pasienten i den situasjonen han befinner seg i. Her kan en stille seg spørsmålet om dette vil oppleves som god pleie for pasienten, da han trolig vil ha en opplevelse av hva hans eget beste er i en angstsituasjon. Et eksempel på dette er i Jellington m.fl. (2016) sin forskning hvor pasientene ikke kunne relatere seg til sykepleiernes tiltak når de hadde uttalt dyspné. Under et panikkanfall hadde de et behov for fokus på pusting for å få kontroll på anfallet, og pleiernes instruksjoner og meninger ble fort overfladiske. Det at sykepleieren er oppriktig interessert i pasienten (Martinsen 1990) vil være vesentlig om en slik situasjon skulle oppstå. Martinsen sier også at det er en nødvendighet å ha en emosjonell involvering for å kunne sette seg inn i den andres situasjon (Martinsen 1990). Hvis pasienten opplever interessen som uekte, vil det kunne oppstå mistillit (Martinsen 1990). Dette vil igjen kunne føre til at den tryggheten pleieren ønsker å oppnå, ikke er tilstede. Trolig vil det være viktig å huske på at

målet om tillit ikke kun er oppnådd fordi pasienten har fått en begynnende tillit til pleieren. Dette er mest sannsynlig noe som må tilstrebes og opprettholdes underveis, og som lett kan brytes ned hvis ikke pleieren er genuint interessert i pasientens opplevelse av problemet. Videre om dette viser Andersen m.fl (2011) sin forskning at god kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten er veldig viktig i interaksjonen mellom dem.

4.3.2 Menneske-til-menneske forholdet

Travelbee (2011) sier at menneske-til-menneske forholdet bygges opp gjennom samhandling mellom pasient og sykepleier, og at dette forholdet er svært viktig. Trolig vil dette være en viktig tanke for pasientens trygghet både før, under, og etter et panikkanfall relatert til dyspné. Et skritt videre etter opprettet tillit er trygghet mener Travelbee. Deres tillitsforhold vil bygges opp etter hvert møte, og møtene vil bære preg av gjensidig forståelse og kontakt. (Travelbee 2011 s. 215).

For det første skriver Travelbee at når det gjelder det innledende møte mellom sykepleier og pasient, må man være klar over at begge partene vil møte hverandre på grunnlag av et førsteinntrykk. Det er derfor viktig at sykepleieren er klar over at hun vil se på pasienten på bakgrunn av stereotypier hun vil kunne ha fra før (Travelbee, 2011). Det kan tenkes at sykepleieren har et bilde av hvordan en kolspasient er, og hva han trenger på bakgrunn av den erfaringen sykepleieren allerede har. Kanskje tenker sykepleieren på pasienten som lat, eller usunn fordi pasienten har fått en livstilsykdom. Det er viktig at sykepleieren klarer å se individet i pasienten, og innse at alle pasienter er mennesker bak ”pasient” fasaden. Dette er avgjørende for at forholdet kan utvikle seg videre mener Travelbee (2011). Relatert til problemstillingen i denne oppgaven vil dette være svært relevant, da min opplevelse fra praksis er at fordommene i forbindelse med kols som diagnose er mange. Fordommene stemmer nødvendigvis ikke. Da sykepleieren skal være profesjonell i sin utøvelse av arbeid, og for at pasienten skal føle seg trygg som igjen avhenger av en god relasjon, er det trolig viktig for pasienten å få et godt inntrykk av sykepleieren. Dessuten viser Anderesen m.fl (2011) sin forskning at ved nærvær og samtale med pasienten opplevde flere av informantene at pasientene åpnet opp for å dele sin bekymring for angst og dyspné. Likevel er det trolig viktig at sykepleieren får undervisning i relevant kunnskap om hvordan nærvær og samtaler bør forekomme for at pasienten skal oppleve trygghet.

Travelbee (2011) trekker frem viktigheten av å ha forståelse i pasientens psykiske tilstand. For at sykepleier skal kunne sette seg inn i pasientens indre opplevelser, må hun også ha en bakenforliggende forståelse for hvordan det føles å være en kolspasient. Klarer sykepleieren og pasienten å utvikle empati vil også deres tilknytning til hverandre forandres og tillit kan oppstå. Denne tilliten vil jeg tro kan være veldig viktig i sykepleier-pasient-forholdet og for å skape en trygghet for pasienten. Spesielt i de situasjonene kolspasienten utvikler panikkangst, og føler seg veldig truet av dette. I noen tilfeller vil pasientene være så preget av dyspné og angst at det ikke lar seg gjøre å kommunisere verbalt (Andersen m.fl. 2011). I disse situasjonene vil det trolig være viktig å ha opparbeidet et godt tillitsforhold, da det ofte må brukes nonverbal formidling av trygghet og kreative måter å formidle prosedyrer eller tiltak på (Andersen m.fl. 2011).

4.3.3 Fremme trygghet til den angstpregede pasienten

For å fremme trygghet må sykepleier være tilstede (Thorsen 2015; Hummelvoll 2012). Andersen (2011) viser i sin forskning at sykepleierne påpekte betydningen av å beholde roen i ovenfor pasienten i angstpregede situasjoner. Dette gjaldt spesielt når andre praktiske tiltak ikke var tilstrekkelig. Hummelvoll (2012) poengterer også at det er essensielt at sykepleier ikke viser noen tegn på engstelighet ovenfor pasienten da dette kan oppfattes og tolkes som at situasjonen er alvorlig eller ute av kontroll.

Selv om dette er et godt poeng vil jeg likevel poengtere at det ikke alltid like lett for en sykepleier å unngå å bli engstelig. Det er en skremmende opplevelse å se at en pasient man har ansvar for får panikkanfall og dødsangst. Å være fagpersonen i en slik situasjon kan være stressende, og sykepleieren vil antagelig føle på et stort ansvar for pasienten. På den andre siden vil også pasienten ha stor tiltro til at sykepleieren skal handle på riktig måte. Etter egen erfaring vet jeg at det er fort å stresse eller bli utrygg når man blir engstelig i en situasjon. Likevel tror jeg det er viktig å kunne stole på seg selv, og prøve å finne roen i situasjonen slik at pasienten ikke føler på en utrygghet ovenfor meg som sykepleier. Man kan kanskje bruke sin egen engstelighet til å få en bedre forståelse av pasientens opplevelse, og bekrefte til pasienten at det faktisk er en veldig skremmende opplevelse, men at anfallet vil gå over.

Effektive tiltak jeg som sykepleier kan iverksette er å selv ta noen dype åndedrag, sette meg ned med personen og snakke i korte setninger med en beroligende stemme.

Det er også viktig å overbevise personen om at panikken vil gå over, være tydelig og vise omsorg (Hummelvoll 2012).

Kroppslig berøring har vist seg å ha en positiv effekt på å redusere pasientens dyspné og sykepleier bør være tilstede for pasienten både med kropp og sinn (Jellington m.fl., 2016).

Det skal likevel poengteres at kroppslig berøring kan virke påtrengende for noen pasienter, og det vil trolig være en fordel med en godt opparbeidet relasjon mellom sykepleier og pasient for at dette skal virke trygghetsskapende. Å plassere en hånd på brystet til pasienten og be han puste rolig eller bare å holde pasienten i hånden, er tiltak som kan bidra til å distansere pasienten fra sin angst-opplevelse (Jellington m.fl., 2016). Dette har jeg selv erfart i møte med en kols-pasient som slet med dyspné. Jeg merket at pasienten følte seg tryggere når jeg lå en hånd på ryggen hans og snakket rolig. Det hadde en trygghetsskapende effekt som også førte til at pusten ble mer kontrollert. Jeg vil tro at for mange pasienter vil den kroppslige berøringen bekrefte at jeg er tilstede i den utrygge situasjonen. Det kan tenkes at dette hjelper pasienten å fokusere på noe annet og dermed fremme trygghet som igjen minsker angsten. Det er i midlertid viktig å innse at alle pasienter er forskjellige med individuelle formeninger om hva som fremmer trygghet. Sykepleieren må observere hvordan pasienten responderer på den kroppslige berøringen, og være bevisst på at noen pasienter kan oppleve dette som veldig ukomfortabelt.

En god relasjon som fører til et tillitsforhold vil trolig også føre at kolspasienten vil dele mer av sine problemer (Martinsen, s.74, 1990). Sykepleiere bekrefter også at nærvær og samtale åpnet opp for at pasientene delte mer om sin bekymring rundt angst og dyspné problematikk. (Andersen s.51 2011) Det kan tenkes at grunnen til dette var at pasientene følte et tillitsforhold mellom seg selv og sykepleieren noe som gjorde det lettere å dele sine tanker.

4.4 Trygghetsskapende omgivelser

For å kunne fremme trygghet hos kolspasienter er det viktig at sykepleier forsøker å skape gode og rolige omgivelser rundt pasienten (Almås m.fl. 2010, Jellington m.fl., 2016).

I forskning bekrefter også sykepleiere at ved å skape gode omgivelser for å lindre dyspné, fremmet de også trygghet (Andersen 2011). Tiltak som sykepleier kan gjennomføre for å skape gode omgivelser rundt pasienten, kan muligens være å komme hyppig innom og sjekke hvordan han har det. Det kan tenkes at dette gjør pasienten mer trygg fordi sykepleieren viser at hun er tilgjengelig og gir pasienten en følelse av å ikke være alene. Trolig vil også et rent og ryddig rom, samt god luft øke pasientens velvære. Det kan også være gode tiltak å tilrettelegge for at utstyr skal være lett tilgjengelig. Det kan tenkes at ved plassere pasientens mest nødvendige ting i nærheten, som for eksempel inhalatoren vil trygghetsfølelsen øke. Trolig vil bare den lille sikkerheten om at pasienten faktisk får tak i det han anser som sine nødvendige eiendeler, føre til en følelse av kontroll og dermed også trygghet.

Leiring av pasienten kan også være et tiltak sykepleier iverksetter og følger opp. Å ha riktig ryggleie vil gi bedre respirasjon, som igjen fører til økende trygghetsfølelse. Det viktigste målet med dette er at pasienten skal kunne slappe av, og puste best mulig (Almås m.fl., 2010). Sykepleier må være påpasselig med at pasienten kan ski ned i sengen, noe som kan hemme respirasjonen. Det kan derfor tenkes at hyppige besøk inn til pasienten vil være gode tiltak for å forsikre om at pasienten ligger riktig i sengen. Jeg vil også tro at ved å lette respirasjonen og dermed også pustebesværet vil angsten og utryggheten reduseres.

I en hektisk sykehushverdag kan det tenkes at tiltak som nevnt over ikke alltid er like lett å ha tid til. Det er ofte et høyt tempo på avdelingene, og personellet byttes ut ofte. Dette kan trolig skape utrygghet for pasienten, og det er viktig at sykepleieren er klar over dette. Stress og mangel på tid har vist seg å ha en dårlig innvirkning på pasienter med kols (Andersen m.fl., 2011). Det kan tenkes at ved å bruke litt tid i et ledig øyeblikk, og sette seg ned med pasienten for å vise at man er tilgjengelig kan rettferdiggjøre den travle sykehushverdagen. Det kan tenkes at god planlegging av dagen sammen med pasienten gjør det lettere for sykepleier å sette av tid. I og med at aktivitet kan føre til dyspné vil jeg også tro at det er viktig å sette av god tid til prosedyrer som stell (Almås m.fl., 2010). Det vil være viktig å ikke stresse pasienten mer en nødvendig, da dyspné kan føre til at tryggheten reduseres og graden av angst økes.

Nærhet til kolspasienter blir beskrevet ved å blant annet stryke over ryggen eller massere lett, slik at pasienten ikke føler seg alene (Almås m.fl., 2010). Det kan tenktes at dette er gode tiltak hos kolspasienter som er engstelige, da kroppsberøring kan oppleves som veldig betryggende. Sykepleier kan også bruke sin egen stemme, pust og kroppsholdning for å forsøke å dirigere pasientens respirasjon (Almås m.fl., 2010). Jeg vil tro at når man bruker sin egen stemme må man være påpasselig med å snakke rolig, samtidig som man har et avslappet kroppsspråk. Dette kan eksempelvis være at sykepleier setter seg ned på en stol eller sengekant, og puster rolig inn og ut samtidig som hun snakker sakte. Jeg vil tro at sykepleier må være flink til å sette av god nok tid for at dette tiltaket skal være effektivt. Blir sykepleier forstyrret av kollegaer eller begynner å stresse vil nok ikke dette tiltaket være like effektivt. Det er imidlertid viktig å være klar over at intimsone til pasienter kan være veldig forskjellige, og at nærhet også i noen tilfeller kan føre til utrygghet med økt ubehag og angst.

5. Konklusjon

I denne oppgaven var målet å finne svar på hvordan sykepleier kan bidra til å redusere kolspasientens opplevelse av angst grunnet dyspné. Det er ikke lett å gi noe riktig svar på denne problemstillingen, da alle mennesker er ulike, og har forskjellig oppfatning av hva som skaper trygghet og reduserer angst. Likevel kan det trekkes frem at gode relasjoner mellom sykepleier og pasient, samt kunnskap og gode omgivelser kan føre til trygghet som kan overføres til pasienten.

Som fremtidig sykepleier er det flere aspekter av oppgaven jeg kan ta med meg videre. Ved å være klar over sammenhengen mellom angst dyspné, vil jeg ha en bedre forståelse for kolspasientens opplevelser og den komplekse sammenhengen mellom det fysiske og psykiske. Med kunnskap og erfaring vil jeg også være bedre rustet for å oppdage pasientens angst på et tidlig tidspunkt, noe som kan redusere hyppigheten av angstanfall. Kunnskapen kan også hjelpe meg som sykepleier å være trygg, noe som igjen kan overføres til pasienten.

Gode omgivelser og tiltak tilpasset pasienten, som å bruke god tid, vise nærhet og omsorg, er gode tiltak jeg som sykepleier kan bruke for å redusere angst.

6. Kilder

Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B. H., Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg.). (s.107-164). Oslo: Gyldendal akademisk

*Andersen, I.H., Ytrehus, S., Grov, E.K. (2011). Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). *Klinisk sykepleie*, 25 (1), 48-56. Hentet fra SweMed+

*Bailey, P.H. (2004). The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle – COPD Patients' Stories of Breathlessness: "It's scary /When You Can't Breathe". *Qualitative health research*, 14 (6), 760-778. doi: 10.1177/1049732304265973

*Berge, T. & Fjerstad, E. (2016). Lev godt med sykdom. (1.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

*Christiansen, S., Fredriksen, K. (2010). KOL-pasienters opplevelse af dyspnø. *Sygeplejersken*, 110(13), 70-81. Hentet fra SweMed+

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P A & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.

Dalland, O. (2014). Metode og oppgaveskriving. (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

*DeJean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., Brundisini, F. (2013). Patient experience of Depression and Anxiety with Chronic Disease. *Health Quality Ontario (HQQO)*, 13(16), 1-33. Hentet fra PubMed

*Folkehelseinstituttet (2018). *Kronisk obstruktiv lungesykom (kols) i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/kronisk-obstruktiv-lungesykdom-kols/#forekomst>)

*Giæver, P. (2015). Kronisk obstruktiv lungesykdom. I Giæver, P. *Lungesykdommer*. (3.utg.). (s.80-103). Oslo: Universitetsforlaget

Hjalmarsen, A. (2012). Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer. (1.utg.). Cappelen damm

Hummelvoll, J. K. (2012). Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Jellington, M. A., Overgaard, D., Sørensen, E.E. (2016). Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses. *BMC Nursing*, 15:27, 1-11.
doi: 10.1186/s12912-016-0148-4

Kristoffersen, N.J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 3. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg.). (s.207-280). Oslo: Gyldendal akademisk

*Livermore, N., Butler, J. E., Sharpe, L., McBrain, R. A., Gandevia, S. C. & McKenzie, D. K. (2008). Panic attacks and Perception of Inspiratory Resistive Loads in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 178(1), 7-12.
doi: 10.1164/rccm.200711-1700OC

*Markussen, K. (2009). KOLS gir angst. *Sykepleien* 2009, 97 (98), 70-71
URL: <https://sykepleien.no/forskning/2009/05/kols-gir-angst>

Martinsen, K. (2003). Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk – filosofiske essays. (2.utg.). Universitetsforlaget

*Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I Engelsrud, G., Lauvdal, T., Løvlie, L., Martinsen, K., Eriksen, T.R., Rønning, R. & Jensen, K. (red.). *Moderne omsorgsbilder* (1.utg.). (s.63-98). Gyldendal

*Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C. & Stage, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic Journal of Psychiatry*. doi: <http://doi.org/10.1080/08039480310000824>

Mjell, J. (2015). Sykdommer i respirasjonsorganene. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gransmo, E. (red.). *Sykdom og behandling* (1.utg.). (s.209-242). Oslo: Gyldendal akademisk

*Pinnock, H. & Wilcke, T. (2011). Terminale KOL-patienter. I Moll, L., Lange, P. & Dahl, B.H. (red.). *KOL. Sygdom, behandling og organisation* (1.utg.). (s.191-199). København: Munksgaard Danmark

*Söderberg, S. (2014). När livet inte längre kan tas för givet. I Söderberg, S. (red.) *Att leva med sjukdom* (s.15-21). Lund: Studentlitteratur

Thorsen, R. (2015). Trygghet. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie. bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg.). (s.105-132). Oslo: Gyldendal akademisk

Travelbee, J. (2011). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. (1.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

*Vestbo, J. (2011). Ætiologi og patogenese. I Moll, L., Lange, P. & Dahl, B.H. (red.). *KOL. Sygdom, behandling og organisation* (1.utg.). (s.27-33). København: Munksgaard Danmark

*Willgoss, T. G. Yohannes, A. M., Goldbart, J., Fatoye, F. (2012). “Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *HEART & LUNG*, 41 (6), 562-571. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.07.003>.